

問 診 票（脳外科）

ID：

フリガナ			生年月日		年齢
お名前	(男・女)		昭・平・令	年 月 日	歳
住所	〒				
携帯番号	- -		自宅番号	- -	
仕事柄	デスクワーク・立ち仕事・力仕事・その他()				
血圧	血圧計で測定していただき、受付に用紙をお渡しください。		握力	※後で測定いたしますので、記入しないでください。 右 左	

● 今日はどうされましたか？該当する項目に☐チェックをお願いいたします。

☐ 痛み（頭・首・腰）

☐ 頭・首を打った → どこで打ちましたか？()

☐ しびれ（手・足）(右・左) ☐ 手足が動きにくい ☐ 喋りにくい

☐ めまい・ふらつき ☐ 吐き気 ☐ 物忘れ

● 上記で☐チェックされた項目について、どんな症状か、いつからか、出来るだけ詳しく教えてください。

● 普段飲んでいるお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい → 本日、お薬手帳はお持ちですか？(はい・いいえ)

● 現在または過去に治療を受けた病気はありますか？

☐ いいえ

☐ 糖尿病 ☐ 胃潰瘍 ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症

☐ 肝臓疾患 ☐ 脳疾患 ☐ 心臓疾患(不整脈も含む) ☐ 緑内障

☐ その他()

● 血縁者に脳疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

☐ いいえ ☐ はい 続柄（父・母・祖父・祖母・兄弟・姉妹）

● 手術をされたことはありますか？

☐ いいえ ☐ はい いつ頃() 部位()

● お薬や食品のアレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい 薬品名や食べ物名()

● 体内にペースメーカーや、金属は入っていますか？(銀歯など、歯の詰め物は除く)

☐ いいえ ☐ はい

● 女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ 妊娠中()カ月 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中